

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ
ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Ντιάνα Χαρίλα
Κλινική Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια



WWW.IBRT.GR

Ι.Ε.Θ.Σ. (2000). Πακέτο σημειώσεων 11

- Εισαγωγή
- Εισαγωγικά Σχόλια
- Αιτιοπαθογένεια και διατήρηση της ψυχογενούς ανορεξίας
- Η λεγόμενη ψυχοδιαγνωστική φάση: λήψη ιστορικού – ταξινόμηση της διαταραχής, ψυχομετρικές δοκιμασίες και η ανάλυση της συμπεριφοράς
- Η παρέμβαση
- Πρόληψη υποτροπιών
- Πρόληψη διαταραχών διατροφής

Εισαγωγικά Σχόλια

Ενώ η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία έχει να επιδείξει μια αρκετά μεγάλη γκάμα επιτυχών θεραπευτικών προτάσεων εδώ και αρκετές δεκαετίες σχετικά με ορισμένα είδη νευρώσεων (π.χ. φοβίες, ιδεοψυχαναγκασμούς) όπως και άλλων σοβαρών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων π.χ. η κατάθλιψη, μόλις από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 εμφανίζονται οι πρώτες μελέτες στη βιβλιογραφία που σχετίζονται γενικότερα με διαταραχές Και ειδικότερα με την ψυχογενή ανορεξία (FAIRBURN, 1983, GARNER/BEMIS, 1982, 83, HALMI, 1983, HARRIS/PHELPS, 1987...). Ο τρόπος αντιμετώπισης παρουσιάζει έναν ενδιαφέροντα συγκερασμό κλασικών συμπεριφοριστικών τεχνικών του είδους «διαχείρισης της συμπεριφοράς» (behavioral management), γνωσιακών μεθόδων αλλά και **συστημικών** μορφών παρέμβασης, κυρίως σε σχέση με την παράλληλη δουλειά που γίνεται στα δίκτυα υποστήριξης όπως είναι η οικογένεια.

Σήμερα πια είμαστε σε θέση να έχουμε τόσο ερμηνευτικές προτάσεις όσο και παρεμβατικά πλαίσια που οδηγούν σε μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση συγκριτικά με τις πρώτες μελέτες πριν 10 –15 χρόνια, η Δε σχετική βιβλιογραφία αυξάνει συνεχώς. Επίσης κυρίως από τις αρχές του 1990 παρουσιάζονται στα πλαίσια της Συμπεριφοριστικής Ιατρικής (ΚΑΛΑΝΤΖΗ – ΑΖΙΖΙ, 1992) προληπτικά προγράμματα με ειδικότερο στόχο την μείωση των πιθανοτήτων να εξελιχθεί ανορεκτική συμπεριφορά (ΚΑΛΑΝΤΖΗ –ΑΖΙΖΙ, 1995).

Αιτιοπαθογένεια και διατήρηση της ψυχογενούς ανορεξίας

Είναι γνωστή η στενή συνάφεια μεταξύ ψυχογενούς βουλιμίας και ψυχογενούς ανορεξίας. Ας μου επιτρέψετε να ασχοληθούμε αναλύοντας τους Πιν. 1 α,β με τον κοινό κορμό γένεσης των δύο μορφών διαταραχών σίτισης (ή διατροφής) όπως επίσης με το πώς η γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση διαφωτίζει τον φαύλο κύκλο της διατήρησης της διαταραχής. Αυτό το θέμα είναι πολύ σημαντικό – το πρόβλημα δηλαδή της διατήρησης – διότι σύμφωνα με μια απλοϊκή και πρώτου επιπέδου «ανάγνωση» των Νόμων της Μάθησης θα έλεγε κάποιος ότι εφόσον οι βιοψυχοκοινωνικές συνέπειες που κυρίως στην ψυχογενή ανορεξία – μπορούν να φθάσουν και στα όρια του θανάτου – είναι τόσο αρνητικές θα έπρεπε το άτομο να ...ξεμάθει αυτή την συμπεριφορά πολύ σύντομα. Τα πράγματα όμως δεν είναι έτσι.

Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει το άτομο κρίσεις πολυφαγίας ως προσπάθεια μείωσης της έντασης από όλες αυτές τις δυσάρεστες συνέπειες (Δ) από τις «εσφαλμένες» προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων του (Γ). Αντί όμως να μειωθεί η ψυχολογική ένταση αυξάνει το άγχος για αύξηση του βάρους. Και τώρα βάζει το άτομο σε εφαρμογή μια νέα τεχνική για την μείωση του άγχους που είναι π.χ. οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί. Επειδή όμως αυτή η «λύση» που επέλεξε το άτομο δεν είναι επιθυμητή κ.τ.λ. εμφανίζονται έντονα συμπτώματα ενοχών κ.α., ψυχοπιεστικές καταστάσεις με άλλα λόγια που επιδρούν αρνητικά στο Δ.

Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζει το άτομο ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό της τροφής ως προσπάθεια μείωσης της έντασης από όλες αυτές τις

δυσάρεστες συνέπειες (Δ) των «εσφαλμένων» προσπαθειών επίλυσης προβλημάτων (Γ). Ο μεγαλύτερος περιορισμός τροφής οδηγεί σε πιο εμφανή διαταραχή της υγείας και της σωματικής εικόνας γεγονός που έχει ως συνέπεια τον εστιασμό της προσοχής των τρίτων και την αύξηση της προσοχής σχετικά με την επιδείνωση της υγείας. Αλλά και η ίδια η στέρηση της τροφής έχει ψυχοπαθολόγο δράση, ενισχυτική για περαιτέρω μείωση της τροφής. Ο συνεχιζόμενος φόβος ταυτόχρονα μήπως τα άτομα αυτά πάρουν βάρος εάν αυξήσουν έστω και λίγο το φαγητό - που είναι έτσι κι'αλλιώς ελάχιστο – οδηγεί τελικά στην εντατικοποίηση των προσπαθειών και επιδείνωση της ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο. Η «λύση» βεβαίως του συνεχώς αυξανόμενου περιορισμού της λήψης τροφής ή και της άρνησης τροφής επαυξάνει τα ψυχολογικά προβλήματα που επιδρούν αρνητικά στο Δ.

Η λεγόμενη Ψυχοδιαγνωστική Φάση (Λήψη Ιστορικού), Ταξινόμηση της διαταραχής, Ψυχομετρικές Δοκιμασίες

Ο Πίν. 2 δια φωτίζει το γενικό πλαίσιο της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας.

Ο σωστός προγραμματισμός της παρέμβασης προϋποθέτει μια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη ανάλυση της συμπεριφοράς που βασίζεται στο Ιστορικό, πιθανές ειδικές Ψυχομετρικές Διαδικασίες σε πρώτη φάση, πρωτόκολλα αυτό- και ετεροπαρατήρησης, συνεντεύξεις δομημένες ή ημιδομημένες, ειδικά ερωτηματολόγια όπως το EDI Eating Disorder Inventory (GARNER κ. συν. 1983) ή το TFEQ (Tree Factor Eating Questionnaire των Stunkard και Messick (1985), Anorectic Behavior Scale (ABS) του SLADE (1973) για γονείς ή νοσηλευτικό προσωπικό, το EAT (Eating Attitude Test) του GARNER & **GARFINKEL**, κ.α. δίνουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με την διαταραχή. Στη γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία δεν υπάρχει διαχωρισμός της λεγόμενης ψυχοδιαγνωστικής φάσης από αυτή της παρέμβασης. Ήδη από την πρώτη στιγμή – π.χ. μέσω των τεχνικών αυτοπαρατήρησης – συλλέγονται δεδομένα που θα χρησιμοποιηθούν ψυχοδιαγνωστικά αλλά και αυτή καθ'εαυτή η τεχνική είναι και παρεμβατική τεχνική (δηλ. συντείνει στην συνειδητοποίηση σχέσεων εξάρτησης ενίσχυσης κ.τ.λ.).

Ας μου επιτραπεί να δείξω πολύ σύντομα στον Πίν. 3 τα τρία βασικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν σε όλες τις γνωσιακές – συμπεριφοριστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως επίσης και το πιο διαδεδομένο μοντέλο ανάλυσης της συμπεριφοράς, μοντέλο που αποτελεί το βασικό κλειδί για την παρέμβαση. Ο Πίν. 4 δείχνει ένα παράδειγμα ανάλυσης συμπεριφοράς από μια περίπτωση μιας νεαρής βουλημικής 17 ετών με χωρισμό της πορείας της διαταραχής σε τρία επίπεδα, όπου S (κατάσταση) είναι 1. οι καβγάδες των γονέων, 2. σκέψεις, «πρέπει να λεπτόνω» και 3. περιορισμός της τροφής. Το πρώτο επίπεδο ξεκινά από την παιδική ηλικία όπου το φαγητό λειτουργεί ως «παρηγοριά». Όταν οι γονείς είχαν καβγάδες μεταξύ τους, έχοντας τύψεις αγόραζαν στη νεαρή βουλημική (17 ετών τώρα) πίτσα, πίτες, κουλουράκια κ.α. Επειδή η τροφή δεν πληρεί μόνο βιολογικές ανάγκες αλλά και ψυχολογικές, η νεαρή έφηβος δεν αισθανόταν κορεσμό όταν βιολογικά είχε χορτάσει και συνέχιζε να τρωει. Την «μαθημένη» πια εξάρτηση από τα ζυμαρικά συνεχίζει «αυτόματα» και σε άλλες συγκρουσιακές καταστάσεις όπου τα ζυμαρικά έπαιζαν το ρόλο της «στοργής και κατανόησης» που δεν είχε από τους γονείς (θετική ενίσχυση για

συνέχιση του μοντέλου σύγκρουση – ζυμαρικά), μακροπρόθεσμα όμως αυξήθηκε το βάρος.

Το δεύτερο επίπεδο διαμορφώνεται στην εφηβεία όπου σιγά σιγά η έφηβος, η οποία έχει πάρει βάρος, δεν μπόρεσε να συμφιλωθεί με την εμφάνισή της. Εκλητικά γεγονότα: πείραγμα από αγόρια, προβολή της λεπτής σιλουέτας από τα ΜΜΕ κ.τ.λ. Η νέα αντιδρά με αυστηρή διαίτα, η συνέχιση της οποίας ενισχύεται από θετικό αυτοσυναίσθημα ελέγχου και επιτυχίας. Ταυτόχρονα άρχισε να αυξάνει το άγχος ότι αν δεν συνεχίσει διαίτα θα **λεπτύνει**.

Το τρίτο επίπεδο περιγράφει ουσιαστικά τον φαύλο κύκλο της εγκαθίδρυσης και διατήρησης της ανορεκτικής συμπεριφοράς. Η κατάσταση «συνεχής πείνα και άγχος» με έναν οργανισμό στερημένο (και σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής) οδηγεί στην εντατικοποίηση της διαίτας ως «μόνη λύση και διέξοδο» με επιπτώσεις όμως την επιδείνωση της κατάστασης.

Παρέμβαση

Κατά τα γνωσιακά-συμπεριφοριστικά ερμηνευτικά πρότυπα οι διαταραχές σίτισης είναι μια προσωπική απάντηση στις ατομικές συνθήκες ζωής, μια κραυγή διαμαρτυρίας. Η βασική λοιπόν υπόθεση είναι ότι υπάρχει αλληλεπίδραση κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων οι οποίοι αποτελούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου. Στην παρέμβαση λοιπόν παίρνουμε υπόψη την πολύπαραγοντική αιτιολογία και παρεμβαίνουμε ανάλογα.

Ως βασική γενική αρχή ισχύει ότι η παρέμβαση πρέπει να ακολουθεί δύο δρόμους, ο ένας μεν οδηγεί σε άμεσα αποτελέσματα, ο άλλος δε έχει μακροχρόνιες επιδράσεις (βλ. Πιν. 5). Οι μέθοδοι που ακολουθούνται χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από την ανάλυση της συμπεριφοράς (Πιν. 6 α,β). Για μια πληρέστερη διαφώτιση της χρησιμοποίησης των γνωσιακών μεθόδων στις διαταραχές σίτισης (βλ. Πιν. 6β) ακολουθούν μερικά παραδείγματα τεχνικών.

Μετατροπή ακλόνητου «πιστεύω» σε υποθέσεις π.χ. «αν πάρω βάρος δεν θα μπορέσω ποτέ να αρέσω σε έναν άνδρα» μετατρέπεται σε υπόθεση που μπορεί να υποστεί έλεγχο «είναι πιθανόν;» παραδείγματα από τη ζωή.

Αποκέντρωση: Επέμβαση στο διεργασιακό λάθος της αυτό-αναφοράς / προσωποποίησης

Π. «Εάν πάρω 2 κιλά δεν θα με κοιτούν καθόλου και δεν θα με αγαπούν».

Θ. «Εάν ζυγίζει ο/η 2 κιλά παραπάνω θα τον κοιτάς ή θα πάψεις να τον /την αγαπάς;»

Αυτοκαταστροφολογία: Π. «Μόλις πάρω ένα κιλό καταστράφηκα» Θ. «Γιατί αυτό;», Π. «Δεν θα μπορώ να βάζω το μαγιό μου», Θ. «Αν βάλεις το μαγιό στην πλάζ, τι θα συμβεί;», Π. «Όλοι θα με κοιτάζουν», Θ. «Τι χειρότερο περιμένεις να συμβεί αν σε κοιτάζουν;.....»

Πενταπτή στήλη (ELLIS, 1977)

Γεγονός – Σκέψεις – Αποτέλεσμα – Αμφισβήτηση - Νέα αποτελέσματα σκέψεων.

Εδώ εφαρμόζεται ο τριπλός κανόνας: Ποιες είναι οι ενδείξεις, ποιες είναι οι εναλλακτικές και τι θα γίνει αν μια δήλωση αληθεύει;

Η ομάδα παίζει σημαντικό ρόλο σε τέτοια θέματα γι' αυτό και προτιμούνται ομαδικές παρεμβάσεις παράλληλα με τις ατομικές ή μετά την πρώτη φάση ατομικής συνεργασίας.

Βασικός στόχος είναι λοιπόν η τροποποίηση της εικόνας του σώματος.

Ο/η ανορεκτικός/η υπεραξιολογεί το μέγεθος του σώματός του/της. Επειδή συνήθως είναι ακριβής στην αντίληψη του σώματος των άλλων, συνάγεται ότι δεν πρόκειται για μια αντιληπτική διαταραχή αλλά γνωσιακή παρερμηνεία ιδιαίτερα ανθεκτική σε επεμβάσεις όπως κοίταγμα στον καθρέπτη κ.α.

Κατ' αρχήν συνίσταται γνωσιακή επέμβαση (GARNER & BEMES, 1982).

- Πείθεται πως οι άλλοι βλέπουν το σώμα της με διαφορετικό τρόπο
- Η εντύπωση που έχει οφείλεται στην ανορεκτική συμπεριφορά
- Τέλος, αμφισβητείται η σκέψη / άποψη με αντεπιχειρήματα ή διάφορες άλλες τεχνικές (παίξιμο ρόλων, κοίταγμα στον καθρέπτη και ανταλλαγή απόψεων με άλλα μέλη της ομάδας ή συνθεραπευτές κ.α.). Βεβαίως παράλληλα γίνεται και Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία Οικογένειας κυρίως όπου πρόκειται για εφήβους..

Τέλος, θα ήθελα πολύ επιγραμματικά να αναφέρω το θεωρητικό πλαίσιο της Γνωσιακής / Συμπεριφοριστικής Θεραπείας Οικογένειας (Πιν. 7), διότι η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία, μια ηλικία στην οποία παίζει η οικογένεια καθοριστικό ρόλο. Η Γνωσιακή / Συμπεριφοριστική έρευνα σχετικά με τις δυσλειτουργίες στην οικογένεια αρχίζει να εντατικοποιείται μετά το 1990 και ουσιαστικά εντοπίζονται τα ίδια χαρακτηριστικά πλαίσια δυσλειτουργιών – γνωσιακών και συμπεριφοριστικών – όπως και στην ανάλυση περιπτώσεων (Πιν. 8). Στόχος πια είναι μια ανάλυση συμπεριφοράς σχετικά με τις σχέσεις, τις εξωτερικευμένες συμπεριφορές και τις γνωσίες των μελών, ανάλογα δε με τις ελλείψεις εφαρμόζονται και οι σχετικές τεχνικές (Πιν. 9).

Επειδή οι διαταραχές σίτισης (κυρίως η ψυχογενής ανορεξία) εμφανίζονται κυρίως στην εφηβεία ας μου επιτρέψετε πολύ σύντομα να αναφέρω μερικές ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν γενικά οι ψυχοθεραπείες εφήβων (Πιν. 10) όπως και ορισμένα παραδείγματα από προτάσεις των γνωσιακών / συμπεριφοριστικών θεραπειών για βελτίωση της παρέμβασης σε ανορεκτικούς εφήβους (Πιν. 11).

Πρόληψη υποτροπιών

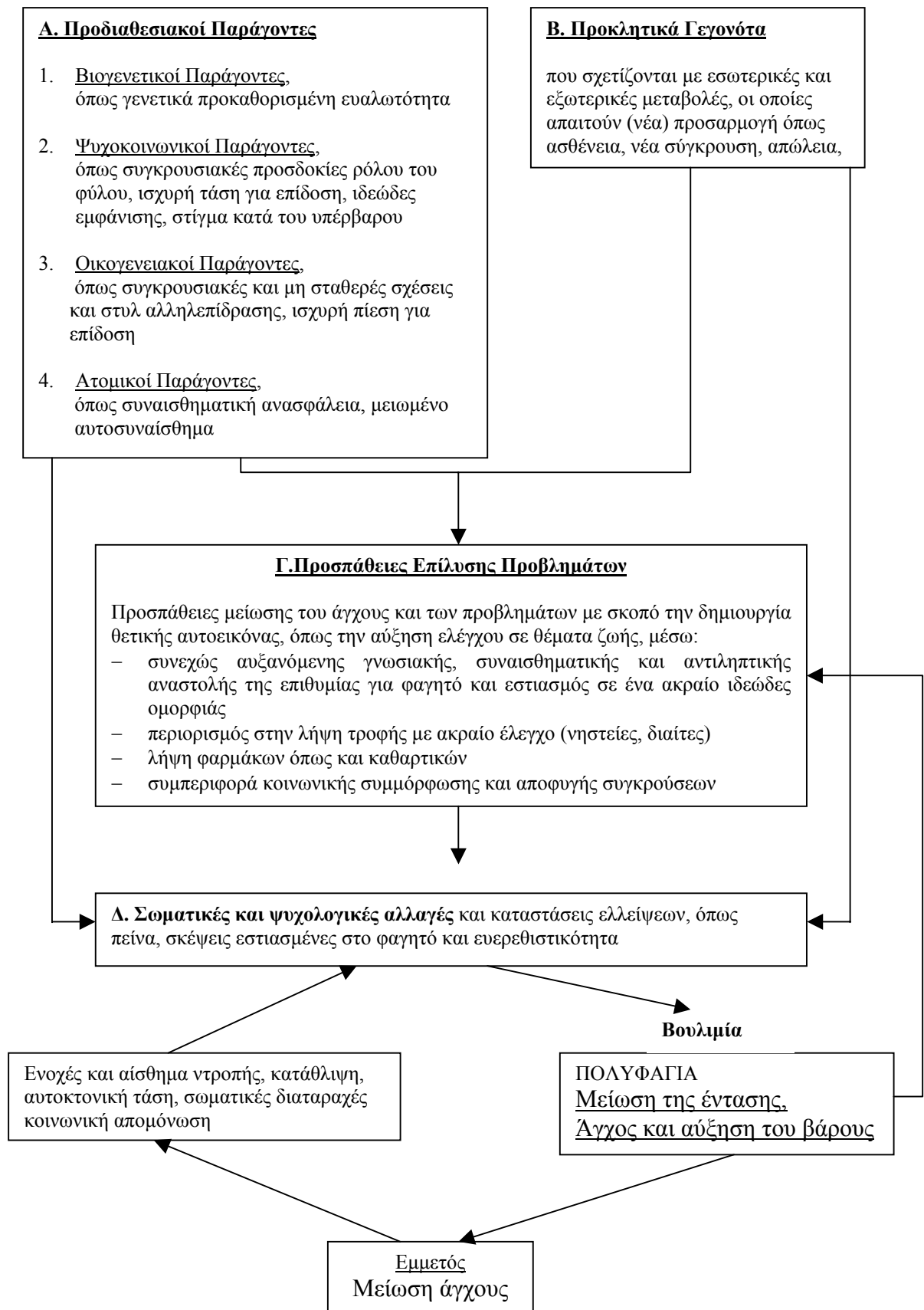
Το τελευταίο μέλημα ενός Γνωσιακού / Συμπεριφοριστικού θεραπευτή είναι η πρόληψη υποτροπιών (Πιν. 12). Αρχικά γίνεται ένα είδος αναπλαισίωσης του άγχους για υποτροπή, δηλαδή, του δίνεται θετική χροιά, είναι π.χ. ένας κώδωνας κινδύνου που κρατά το άτομο σε εγρήγορση και προσέχει προειδοποιητικά σήματα. Προτείνονται επίσης επαναληπτικές συνεδρίες σε συγκεκριμένες ημερομηνίες ώσπου ο καινούργιος τρόπος σκέψης και οι νέες συμπεριφορές να ενσωματωθούν στο καθημερινό ρεπερτόριο συμπεριφορών. Επίσης «Ομάδες Αυτοβοήθειας» όπου πρώην ανορεκτικοί ή βουλημικοί είναι ένα είδος «προτύπου».

Πρόληψη διαταραχών σίτισης

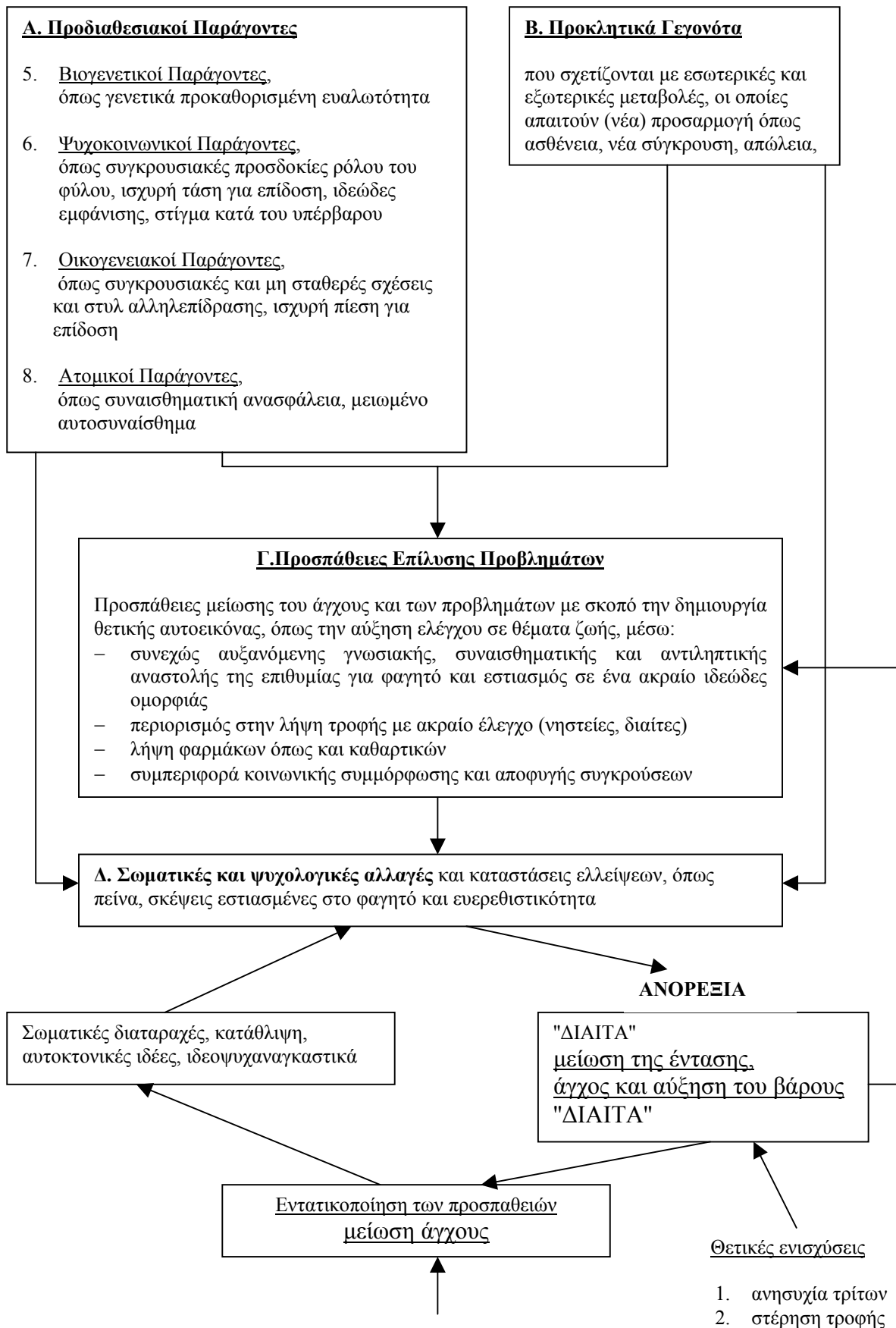
Οι γνωσιακές / συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες έχουν βρει γόνιμο έδαφος και ένα τεράστιο πεδίο εφαρμογών που ξεπερνά τα στενά πλαίσια των λεγόμενων ψυχολογικών προβλημάτων τύπου νευρώσεων στον τομέα της Συμπεριφοριστικής Ιατρικής.

Επειδή, πάρα πολλές φορές, ενοχοποιούνται οι αυστηρές δίαιτες αδυνατίσματος ως προκλητικός παράγοντας διαταραχής σίτισης όπως και άλλων βιολογικών παθήσεων, έχουν εφαρμοσθεί και εφαρμόζονται προγράμματα λεγόμενης «Αντι-δίαιτας» ως μέθοδοι βελτίωσης του βάρους όταν για λόγους αισθητικής ή υγείας επιβάλλεται η δίαιτα. Στόχος αυτών των προγραμμάτων «Αντι-δίαιτας» είναι η ομαδοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς. Η δίαιτα αποκλείεται, δεν υπάρχουν δηλαδή «απαγορευμένες» τροφές, ούτε θερμιδοδείκτες κ.α. Όλες οι τροφές επιτρέπονται αλλά σε μικρές ποσότητες. Γίνεται με άλλα λόγια ένα είδος εξάσκησης στο να τρωει κανείς όταν πεινάει, να αντιλαμβάνεται την αίσθηση της πείνας και του κορεσμού ώστε το φαγητό να γίνει μια ευχάριστη διαδικασία. Η αυτοεκτίμηση και αυτοαποδοχή, τέλος, βελτιώνεται μέσω προώθησης σκέψεων και ανάλογες συζητήσεις με την ομάδα π.χ. με θέμα «η αξία ενός ατόμου δεν εξαρτάται από το βάρος του». Στα προγράμματα λοιπόν «Αντι-δίαιτας» δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αυτοαποδοχή διότι ως γνωστόν η ανορεξία είναι κατά βάση γνωσιακή διαταραχή και διαταραχή του εαυτού (VITOUSEK & EWALD, 1993).

**Πιν. 1α. Ένα περιεκτικό μοντέλο γένεσης διατήρησης της
Νευρογενούς Βουλιμίας**

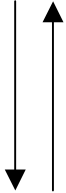


Πίν. 1β. Ένα περιεκτικό μοντέλο γένεσης διατήρησης της Ψυχογενούς ανορεξίας



Πίν. 2 Βασικό πλαίσιο παρέμ. < Θάνατος > ακής / συμπεριφοριστικής
θεραπείας

Αξιολόγηση —————> Ανάλυση Συμπεριφοράς (!)



Παρέμβαση —————> Συμπεριφοριστικές Μέθοδοι

—————> Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές
Μέθοδοι

—————> Γνωσιακές Μέθοδοι

—————> Γνωσιακή / Συμπεριφοριστική
Θεραπεία Οικογένειας

Μέτρα για έλεγχο των υποτροπιών

Πίν. 3 Κλινική Ψυχοδιαγνωστική γνωσιακού - συμπεριφοριστικού τύπου - Αξιολόγηση

Απάντηση σε 3 βασικά ερωτήματα

- Ποια ειδικά σχήματα συμπεριφοράς χρειάζονται αλλαγή; (συχνότητα - ένταση - διάρκεια - συνθήκες)
- Πώς αποκτήθηκε αυτή η συμπεριφορά και πως διατηρείται;
- Ποια είναι τα καλύτερα μέσα που θα επιφέρουν ψυχομετρικές δοκιμασίες - Παρατηρήσεις κ.α.

ΠΩΣ → Συνεντεύξεις - Ειδικά Ερωτηματολόγια - Άλλες ψυχομετρικές δοκιμασίες - Παρατηρήσεις κ.α.

Ανάλυση συμπεριφοράς σύμφωνα με το μοντέλο των Kafner και Phillips, 1975

S - O - R - K - C

S = ερέθισμα

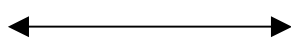
O = βιολογικοί - οργανικοί παράγοντες

R = αντιδράσεις

K = σχήματα ενίσχυσης

C = συνέπειες

Σημ. Σ(α, γ, σ, β)



ΟΙ (τ, φ, κ)

Σ = εξωτερική συμπεριφορά

α = αντιληπτικοί

γ = γνωσιακοί

σ = συναισθηματικοί

β = βιολογικοί

} **παράμετροι**

ΟΙ = οικοσύστημα

τ = τεχνικό

φ = φυσικό

κ = κοινωνικό

Πιν. 4. Ανάλυση Συμπεριφοράς (τρία επίπεδα συμπεριφορών)

♀, 17 Ετών

	Κατάσταση	Οργανισμός (εαυτός)	Αντίδραση	Επιπτώσεις
1.	συζυγικές συγκρούσεις γονέων	(εγγενής) προτίμηση για ζυμαρικά	πρόσληψη τροφής (ζυμαρικά)	→ <u>βραχυπρόθεσμα:</u> αίσθημα στοργής → <u>μακροπρόθεσμα:</u> αύξηση βάρους
2.	σκέψεις "πρέπει να λεπτύνω"	- υπέρβαρος - ελλειπής αποδοχή του εαυτού	πείνα / δίαιτα	→ <u>βραχυπρόθεσμα:</u> αίσθημα υπεροχής και ελέγχου → <u>μακροπρόθεσμα:</u> συνεχές άγχος και αύξηση βάρους
3.	πείνα άγχος	- πείνα - στέρηση σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής	εντατικοποίηση της δίαιτας	→ <u>βραχυπρόθεσμα:</u> μείωση του άγχους → <u>μακροπρόθεσμα:</u> αύξηση της έντασης και της ανορεκτικής συμπεριφοράς

Πιν. 5. Στόχοι παρεμβάσεων γνωσιακού / συμπεριφοριστικού τύπου σε διαταραχές διατροφής

Στόχοι

- I. **Βραχυπρόθεσμοι:** —→ αποκατάσταση της βιολογικής λειτουργίας μέσω τροποποίησης της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους
- II. **Μακροπρόθεσμοι:** —→ συνειδητοποίηση και τροποποίηση των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που βρίσκονται σε λειτουργική σχέση με τη διαταραγμένη συμπεριφορά διατροφής μέσω κυρίως:
- α) τροποποίησης των αντιλήψεων γύρω από το σωματικό βάρος και την τροφή
 - β) τροποποίησης αντιλήψεων γύρω από τον εαυτό
 - γ) τροποποίησης των "προδιαθεσικών" παραγόντων (βλ. Πιν.1α, Α)

Ειδικότερα στην ψυχογενή ανορεξία απαιτείται και λήψη άμεσων μέτρων:

- ⇒ **Εισαγωγή στο νοσοκομείο;** "όχι λόγω αύξησης βάρους αλλά επιβάλλεται από τον άμεσο κίνδυνο π.χ. απώλεια ηλεκτρολυτών"
- ⇒ **Εντατική αρχική Ψυχοθεραπεία** —→ συμπεριφοριστικό πρόγραμμα
- αύξηση βάρους
 - μείωσης μεθόδων ελέγχου του βάρους

Πιν. 6α. Μέθοδοι παρέμβασης γνωσιακού / συμπεριφοριστικού τύπου στην ψυχογενή ανορεξία

Συμπεριφοριστικές μέθοδοι

1. Προγράμματα λειτουργικής ενίσχυσης

- ▶ **Αύξηση βάρους:** ενισχύσεις / προνόμια συμβόλαια
- ▶ **Μείωση μεθόδων ελέγχου:** ενισχύσεις / προνόμια συμβόλαια

Γνωσιακοί (Συμπεριφοριστικοί) Μέθοδοι

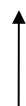
- Προγράμματα αυτοελέγχου (Αυτοπαρατήρηση - Αυτοανάλυση - Αυτοανίχνευση)
- στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων
- παίξιμο ρόλου και γνωσιακές πρόβες
- χαλάρωση
- ενεργοποίηση ευχάριστων και μη συνδεδεμένων με τη λήψη τροφής δραστηριοτήτων
- "αντιανορεκτική" μίμηση προτύπου και σταδιακή έκθεση
- "πρωτόκολλα διατροφής"
- διαχείριση διατροφής

κ.α.

Πιν. 6β.

Γνωσιακές Μέθοδοι

- Εντοπισμός, έλεγχος αξιοπιστίας και τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων
- Κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων και ανορεκτικής συμπεριφοράς
- Αναγνώριση των αρνητικών αυτόματων σκέψεων, έλεγχος εγκυρότητας, τροποποίηση
- Αποδοχή πιο ρεαλιστικών ερμηνειών των γεγονότων



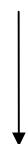
Τεχνικές π.χ. Μετατροπή «ακλόνητων πιστεύω» σε υποθέσεις

Αποκέντρωση

Αποκαταστροφοποίηση

Πενταπλή στήλη

κ.α.



- Τροποποίηση της εικόνας του σώματος
(+ κοίταγμα στον καθρέπτη, αναλύσεις βιντεοταινιών, ομαδικά προγράμματα κ.α.)

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία Οικογένειας

**Πίν. 7. Το Θεωρητικό πλαίσιο της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής
Θεραπείας Οικογένειας**

Αρχές:

1. Το πρόβλημα του παιδιού δεν είναι πλέον πρόβλημα του ίδιου του παιδιού, αλλά πρόβλημα όλης της οικογένειας

(Συστημική αρχή)

2. Οι αντιδράσεις του ατόμου (γονέων, παιδιού κ.α.) - εκφραζόμενες ως συναισθηματικές ή ως εξωτερικευμένες συμπεριφορές - στα διάφορα γεγονότα της ζωής, διαμορφώνονται περισσότερο από τις ερμηνείες που δίνει το άτομο σ' αυτά, παρά από τα αντικειμενικά παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά των γεγονότων καθεαυτών.

(Γνωσιακή αρχή)

3. Η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας (π.χ. το πρόβλημα του παιδιού) θεωρείται ως «γεγονός ζωής» (life event) που ερμηνεύεται και αξιολογείται από όλα τα μέλη της οικογένειας.

(Γνωσιακή - συστημική αρχή)

**Πίν. 8. Έρευνα στα πλαίσια της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής
Θεραπείας Οικογένειας**

1990

Οι δυσλειτουργίες στην οικογένεια οφείλονται σε:

A. Γνωσιακές δυσλειτουργίες

όπως επιλεκτικές αντιλήψεις, προσδοκίες, αποδόσεις αιτιών και αξίες σχετικά με τις σχέσεις και τις ερμηνείες που δίδονται σε αυτές από τα μέλη της οικογένειας

B. Συμπεριφοριστικές δυσλειτουργίες

όπως συγκεκριμένες ελλείψεις διαφόρων μορφών συμπεριφοράς:

- α) ευχάριστες και δυσάρεστες ανταλλαγές συμπεριφορών,
- β) επικοινωνιακές δεξιότητες,
- γ) καταστροφική επικοινωνία και
- δ) δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων

**Πίν. 9. Παρεμβατικές τεχνικές της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής
Θεραπείας Οικογένειας**

A. Γνωσιακές παρεμβάσεις

Παραδείγματα τεχνικών: α) αυτοπαρατήρηση γνωσιών
β) αλλαγή επιλεκτικών αντιλήψεων
γ) τροποποίηση μη ρεαλιστικών αποδόσεων
αιτιών και προσδοκιών
δ) τροποποίηση μη ρεαλιστικών υποθέσεων και
αξιών κ.α.

B. Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις

Παραδείγματα τεχνικών: α) ασκήσεις επικοινωνίας
β) ασκήσεις επίλυσης προβλημάτων
γ) τεχνικές και μέθοδοι θεραπείας της
συμπεριφοράς ανάλογα με το πρόβλημα

Πιν. 10. Ιδιαιτερότητες στη (γνωσιακή - συμπεριφοριστική) θεραπεία εφήβων

Επιβάλλονται

- Ειδικοί χειρισμοί για την εγκαθίδρυση καλής θεραπευτικής σχέσης
 - ← συναισθηματική ευαλωτότητα εφήβων
 - ← αντιστάσεις προς κανόνες και συμβουλές

Ειδικοί χειρισμοί ως προς την απόκτηση (θετικής) αυτοεικόνας και ταυτότητας ← έφηβοι έχουν ρευστή αυτοεικόνα

- ← έφηβοι βρίσκονται στη διαδικασία απόκτησης ταυτότητας
- ← παρουσιάζουν ανόμοιο ατομικό προφίλ ωριμότητας

- Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτούσια οι περισσότερες γνωσιακές μέθοδοι που εφαρμόζονται σε ενήλικες

- ← δυσκολίες ενδοσκόπησης
- ← νοητικές λειτουργίες π.χ. η υποθετική - επαγωγική σκέψη είναι σε πλήρη ανάπτυξη (μεγάλες ατομικές διαφορές) κα.

↗
«Εξελικτική / γνωσιακή θεραπεία για παιδιά και εφήβους»
(Ronen, 1997)

- Συμμετοχή «σημαντικών άλλων» (κυρίως γονέων) απαραίτητη
 - ← ο έφηβος είναι πολύ ευάλωτος στις απόψεις, στάσεις κ.α., όπως και στις συμπεριφορές τρίτων

Πιν. 11. Ενδεικτικά παραδείγματα για την γνωσιακή / συμπεριφοριστική θεραπείας ανορεκτικών εφήβων

• **Θεραπευτική σχέση:**

- ενεργητική, κατευθυνόμενη στάση, εστιασμός στο εδώ και τώρα
- δομημένος ρόλος
- υποστηρικτική με γνώμονα «η συνεργασία μας έχει ως στόχο την αυτονόμησή σου και όχι το να πάρεις βάρος»

• **«συνεργατικός εμπειρισμός»**

ο έφηβος μαθαίνει να αναλύει τις δικές του σκέψεις με κριτικό τρόπο ώστε να συνειδητοποιήσει περισσότερο αντιλήψεις συγκεκριμένων γεγονότων (βελτίωση της επιλεκτικής προσοχής)

• **Προτίμηση σε ευέλικτες γνωσιακές δεξιότητες**

όπως επίλυση προβλημάτων και συγκεκριμένες στρατηγικές coping σε συγκρουσιακές καταστάσεις (με παίξιμο ρόλων π.χ.)

• **Εξωτερίκευση, καταγραφή και τροποποίηση σκέψεων και συναισθημάτων παρά εντοπισμός και αναδόμηση γνωσιακών λαθών**

• **Όσο μικρότερη ηλικία τόσο πιο μεγάλη χρήση συμπεριφοριστικών μεθόδων**

• **Συνομήλικοι ως συν-θεραπευτές**

(Bowers, Evans & Van Cleve, 1996)

• **Γνωσιακή / Συμπεριφοριστική Θεραπεία Οικογένειας**

Πιν. 12. Πρόληψη υποτροπών

- Το άγχος για υποτροπή αναπλασιώνεται
- Προτείνεται επαναληπτική συνεδρία (-ες) σε συγκεκριμένη(-ες) ημερομηνία
- Συμμετοχή σε ομάδα συνεχίζεται ή αρχίζει μετά τη λήξη της ατομικής ψυχοθεραπείας
- «Ομάδες Αυτοβοήθειας»: Συμμετοχή ως υπεύθυνος πρώην ανορεκτικός/ή, «πρότυπο», για παίξιμο ρόλων κ.α.